



by IMAK / ICAK-D / ICAK-A



Medical Journal for
Applied Kinesiology

DR. WILHELM ENTRUP

Universal / Digestive Jaw:

Eine wichtige solitäre Dysfunktion des Cranio-Mandibulären Systems (CMS)

DR. EUGEN BURTSCHER

Praxisbeispiele – außerhalb der Praxis

Erfolgreiche Therapie mit Muskeltechniken auf über 2000 m

WOLFGANG GERZ

Update Sedierungstechniken

◆ Infos ◆ Fallberichte ◆ Aktuelles ◆ Interessantes ◆

DR. WILHELM ENTRUP

Universal/Digestive Jaw: Eine wichtige solitäre Dysfunktion des Cranio-Mandibulären Systems (CMS)

Originalartikel

Der Universal- und Digestive Jaw wurde erstmalig von Ferreri als eine neue Fehlfunktion des Cranio-Mandibulären Systems (CMS) beschrieben. Diese, lokal meist asymptomatischen, Fehlfunktionen des CMS werden von falschen Kraftvektoren ausgelöst, die auf einen Zahn, eine Zahngruppe oder auf den Unterkiefer als Ganzes einwirken. Es handelt sich also um eine funktionelle mandibuläre Belastungsstörung. Diese Fehlfunktion wird über die extrem große Anzahl von Afferenzen des Nervus trigeminus in das Zentralnervensystem (ZNS) gemeldet. Das ZNS versucht durch periphere Muskelaktivitäten am ganzen Körper die Fehlfunktion des CMS zu kompensieren, mit dem Ziel die Aufgabenerfüllung des CMS trotz Fehlfunktion zu optimieren und das Organ lokal symptomlos zu erhalten. Diese neue Hypothese hat gravierende Folgen für die gesamte Zahnheilkunde. Danach sind zahnärztliche starre Zahnverbindungen im Unterkiefer, wie Brücken, verblockte Kronen, starre Schienen oder – starr mit Zähnen verbundener – herausnehmbarer Zahnersatz in der Regel kontraindiziert. Starre Zahnverbindungen im Unterkiefer haben periphere Symptome oder mindestens asymptomatische kompensatorische Muskelaktivitäten zur Folge.

Aus diesem Grund sind starre Zahnverbindungen zwischen Implantaten, ankylosierten Zähnen oder normalen Zähnen kontraindiziert. Auch herausnehmbare Prothesen dürfen daher nicht starr mit dem Restgebiss verbunden sein, vielmehr müssen sie die normale Beweglichkeit der Zähne, die Elastizität des Unterkiefers und die freie Beweglichkeit des Cranio-sakralen Systems (CSS) während natürlicher Mundbewegungen, beim Kauen und Pressen respektieren. Um dieses Prinzip auch in der Kieferorthopädie anzuwenden, müssen viele Behandlungsabläufe geändert werden. Der Autor hat dieses Konzept erstmalig auf dem ICAK-Weltkongress in Freiburg 2002 vorgestellt.

Einleitung

Der New Yorker Chiropraktor Carl Ferreri beschrieb erstmals folgenden Symptomenkomplex: (AK-Journal: Nr. 9+10, 2001, The Temporomandibular Joint. A new paradigm)

- Verdauungsprobleme aufgrund von Funktionsstörungen der Verdauungsklappen mit Sodbrennen
- Atmungsstörungen aufgrund einer Zwerchfellschwäche
- Schwächung der Beckenbodenmuskulatur
- Parästhesien an den Extremitäten, meist streng halbseitig

Mit Hilfe von kinesiologischen Testverfahren ordnete C. Ferreri diesen Komplex einer Dysfunktion der Kiefergelenke (TMJ) zu und bezeichnete sie als ›Universal Jaw‹ und als ›Digestive Jaw‹. Die Bezeichnung ›Digestive Jaw‹ wählte er, da bei entsprechender Therapielokalisation (TL) alle Muskeln caudal vom Zwerchfell geschwächt werden.

Die oben angeführten und von Ferreri beschriebenen intestinalen Folgen können von mir bestätigt werden mit Ausnahme der generellen Schwäche aller Muskeln caudal des Zwerchfells und der Funktionsstörung der Beckenbodenmuskulatur, da ich in diesen Bereich keine Untersuchungen durchführe. Darüber hinaus habe ich häufig gravierende neurologische und orthopädische Befunde gefunden.

Zur Diagnose des ›Universal Jaw‹ empfiehlt Ferreri eine bilaterale TL zu beiden Kiefergelenken bei geschlossenem Mund; als Testmuskel dient der M. Glutaeus medius.

Zur Diagnose des ›Digestive Jaw‹ empfiehlt Ferreri den gleichen Test, hierbei muss jedoch der Mund geöffnet sein. Nach Ferreri liegt die Ursache für diesen Fehler in einer mangelhaften Stressbewältigung mit nachfolgend nicht stattfindender physischer Stressverarbeitung. So kommt es nach Ferreri zu einer ➤

➤ chronischen Hypertonizität der Kaumuskulatur, was seinem Verständnis nach zu einer medialen Kompression der Kiefergelenke führt. Dies ist m.E. falsch. Meiner Meinung nach liegt der Fehler eher in einer zu weit lateralen Kondyluspositionierung. Dafür sprechen auch pathologische Untersuchungen. Danach treten bei arthrotischen Kiefergelenken meist laterale Kondylus-schäden auf. Der Discus articularis ist dann aufgrund der zu weit lateralen funktionellen Positionierung nach anterior und medial verlagert, was einem Discusprolaps entspricht und als schmerzfreies Kiefergelenkknacken wahrgenommen wird. Obwohl ein solcher Discusprolaps meistens ohne jede Schmerz-wahrnehmung abläuft, hat er doch gravierende posturale Folgen.

In so fern ist auch die von Ferreri zur Behandlung vorgeschlagene laterale Expansion des Unterkiefers falsch. Es wundert deshalb nicht, dass Ferreri nach dieser Behandlung regelmäßig einen Gait-Fehler feststellte, der nach Ferreri anschließend gesondert behandelt werden muss.

Der »Digestive Jaw« stellt m.E. eine abgeschwächte Form des gleichen Fehlers dar. Oft findet man beim Vorliegen eines »Universal Jaw« auch einen »Digestive Jaw«, allerdings kann ein »Digestive Jaw« vorliegen, ohne dass ein »Universal jaw« diagnostizierbar ist.

Ergänzend zu den diagnostischen und therapeutischen Ergebnissen von Ferreri möchte ich hier den »Universal/ Digestive Jaw« aus kieferorthopädischer Sicht vorstellen und gezielte Therapielösungen vorschlagen.

Der »Universal/ Digestive jaw« stellt einen eigenen Symptomenkomplex dar, der durch eine besondere Form neurologischer Zahngruppen oder intraossären Fehlbelastungen ausgelöst wird.

In diesem Zusammenhang ist die Elastizität des Unterkiefers und die Eigenbeweglichkeit der Zähne be-



Abb. 1:
Biomechanik
des
Unterkiefers
bei der
Mundöffnung

sonders zu bewerten. Die Kieferknochen werden einerseits durch Reflexe ausgehend von den propriozeptiven Strukturen des Parodonts und der Kiefergelenke, vor zu großer Belastung durch die Muskulatur geschützt, andererseits durch die Belastung der Zähne beim Zusammenbeißen, Pressen, Kauen, o.ä. beansprucht. In physiologisch funktioneller Belastung sowohl beim Kauen und Pressen, als auch bei der Mundöffnung wird der Unterkiefer messbar elastisch nach medial im Sinne einer Torsion deformiert (siehe Abb. 1).

So werden z.B. beim Öffnen des Mundes alle Anteile der Processi alveolaris sowie die Zahnkronen des Unterkiefers in einer gedachten Ver-

bindungslinie der transversalen Rotationsachsen nach lingual bewegt, während die Anteile caudal davon, sowie der Corpus mandibulae eine Verwindung nach buccal erfahren. Hierbei verengt sich der Unterkieferzahnbogen okklusal um durchschnittlich 0,35 mm (1). Beim Vorschub des Unterkiefers und bei Seitwärtsbewegungen kommt es neben einer Verwindung der Knochen noch zusätzlich zu einer Verengung des Zahnbogens um durchschnittlich 0,7 mm. Bei bereits bestehenden Zahnlücken erhöhen sich diese Werte um bis zu 0,2 mm. Diese Deformierungen müssen als notwendige funktionelle Formänderungen der Mandibula unter der Einwirkung der Mundöffnungsmus-

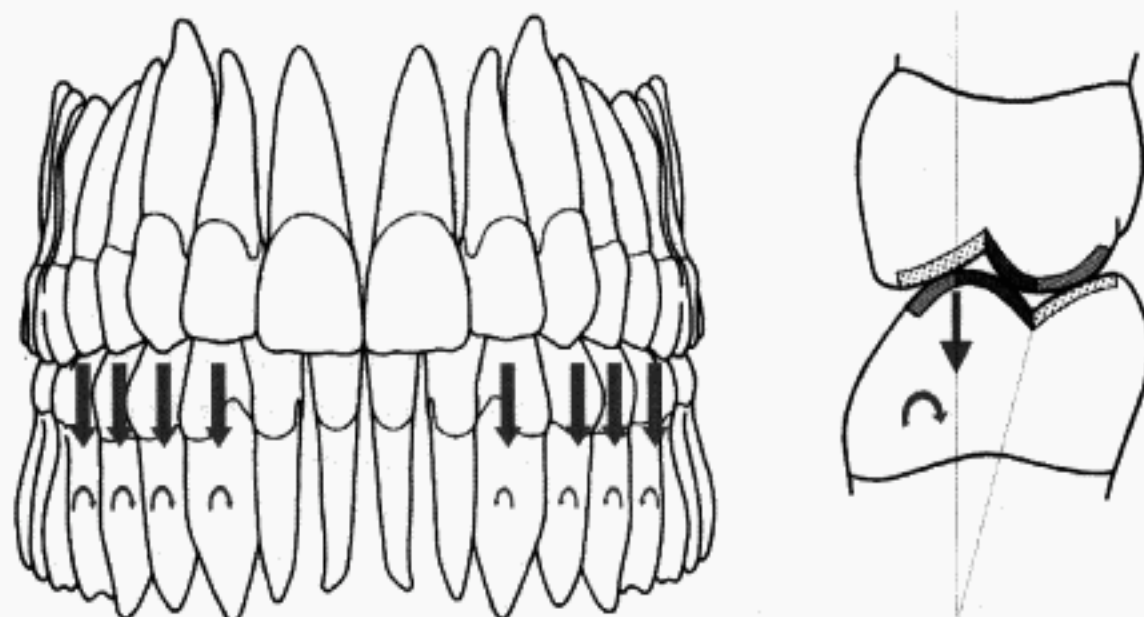


Abb. 2: Normale Kräfte, Nettokraftvektoren und Kontakte bei Neutralocclusion.

kulatur verstanden werden, die für eine normale physiologische Funktion der Kiefergelenke von höchster Wichtigkeit sind. Menschen mit schmalen Symphysen, geringerer Knochendichte und längerer Mandibula haben die größte Verengung der Zahnbögen (2). Es ist wichtig zu beachten, dass dieser skelettale Typus auch die größten Mundöffnungskräfte entwickeln kann (3). Diese Erkenntnisse sind u.U. die Erklärung dafür, dass es unterschiedliche Empfindlichkeiten für die Ausbildung eines Universal/Digestive jaws gibt. Auch beim Pressen in habitueller Zentrik kommt es unter der Belastung der o. a. Kräfte und Vektoren zu einer notwendigen Verwindung des Unterkiefers, wobei der Zahnbogen sogar zwischen 0,46 bis 1,06 mm enger wird (1) (Abb. 2).

Bei maximaler Kieferschließkraft entstehen auch vertikale Deformationen des Unterkiefers in der Größenordnung von 0,13 mm. Bei normaler Kautätigkeit werden Werte von 0,01 bis 0,03 mm gemessen (7). Das Parodont kann dies m.E. nur kompensieren, wenn die Zähne nicht verblockt

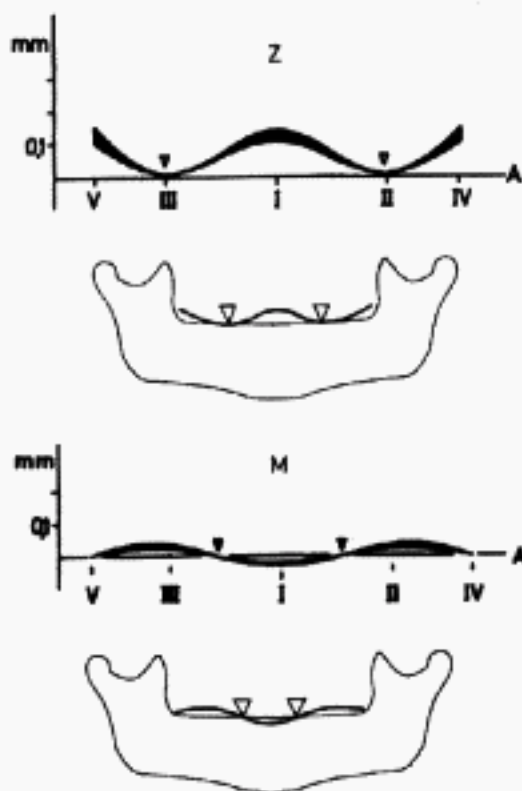


Abb. 3: Verformung des Unterkiefers in vertikaler Richtung. Abstützung bilateral zentral (Z) und mesial (M) (7)

sind (Abb. 3).

In der falschen Annahme, dass trotz einer iatrogenen Zahnverblockung die Resilienz des Parodonts zur Aufnahme der nötigen Eigenbeweglichkeit noch für eine reibungslose Funktion ausreicht, werden diese zahnärztlichen Arbeiten weiterhin als *lege artis* weltweit so akzeptiert, da sich die neurologisch – somatischen Folgen in den seltensten Fällen direkt am CMS äußern. Aufgrund der neurologischen Dominanz des CMS (Ausbreitung des N. trigeminus vom Mesencephalon bis ins Rückenmark) werden andere Körperregionen zur Kompensation von CMS-Fehlern herangezogen mit dem Ziel die Symptombefreiung und Funktionseffizienz des für das Überleben in der Wildnis höchst wichtigen Kauorgans zu ermöglichen. Die daraus entstehenden Folgen sind beträchtlich, denn vor allem der Universal/Digestive Jaw ist für die Entwicklung zahlreicher posturaler Störungen mit Schmerzen in peripheren Körperregionen verantwortlich.

Für eine funktionell richtige Belastung der Zähne im Unterkiefer ist der Eckzahnkontakt und eine ausreichende transversale Kompensationskurve (Wilson) entscheidend. Für die Normalfunktion der Zähne ist es notwendig, dass die Zahnkronen des Unterkiefers in habitueller Okklusion nach medial, die des Oberkiefers hingegen nach lateral belastet werden. Dies ist leider weder in der Kieferorthopädie noch in der Allgemeinzahnheilkunde das allgemein akzeptierte Okklusionsziel. So besteht z.B. noch immer das m.E. falsche Okklusionskonzept des American Board of Orthodontics, nach dem die buccalen und lingualen Höcker der Ober- und Unterkiefermolaren auf gleicher vertikaler Höhe stehen sollen, was eine Nivellierung der Kompensationskurve nach Wilson entspricht. Nach den hier beschriebenen Untersuchungen löst aber gerade dieser Okklusionstyp den Universal Jaw aus, auch wenn keine therapeuti-

schen Zahnverblockungen in situ sind. Ob der von mir gefundene Fehler mit dem von Ferreri beschriebenen identisch ist, bleibt noch unklar, da der kinesiologische Test sich grundsätzlich von einem AK-Test unterscheidet. Auch ist der bei der Behandlung angewandte Challenge unterschiedlich. So empfiehlt Ferreri, um einen permanenten Erfolg zu erzielen, z.B. die manuelle Expansion der Mandibula im Bereich der Molarenwurzeln. Meiner Erfahrung nach hebt aber nur ein komprimierender Challenge im Bereich des oberen Alveolarfortsatzes das positive AK-Ergebnis auf, und zwar nur solange der Patient nicht schluckt und dabei wieder Zahnkontakt aufnimmt. Möglicherweise haben die unterschiedlichen Arten des Challenge aufgrund des unterschiedlich hohen Kraftangriffspunktes denselben neurologischen Effekt, dies erscheint zumindest plausibel. Trotz dieser Unterschiede habe ich mich entschlossen, den Namen für diesen hier beschriebenen Fehler (fault) des CMS von C. Ferreri zu übernehmen. Dennoch bin ich der Meinung, dass er selten durch eine rein manuelle Behandlung dauerhaft zu korrigieren ist und schon gar nicht durch die von Ferreri beschriebene manuelle Therapie.

Die Untersuchung mit Applied Kinesiology

Testmuskel: M. glutaeus medius. Nach Ferreri wird der >Universal Jaw< mit beidseitiger TL an den lateralen Polen des Caput mandibulae, ohne Atemanweisung bei geschlossenem Mund, der >Digestive Jaw< mit gleicher TL bei geöffnetem Mund, getestet.

Ich schlage eine effizientere Modifikation vor: Zunächst müssen zwei mögliche Fehler differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden.

1. Falsche Unterkieferzentrik

Zunächst ist es notwendig die posturale und craniosakrale Reaktion auf eine ggf. vorhandene falsche

➤ Unterkieferposition und den ggf. gleichzeitig vom Oberkiefer ausgehenden Schädelfehler differentialdiagnostisch zu erfassen und zu trennen. Dazu wird zunächst der von mir modifizierte Meersseman-Test in der Weise durchgeführt, dass die dickere Watterolle auf die Seite der vertikalen Kieferinsuffizienz platziert wird, entsprechend korrigierend der meist vorhanden skelettalen Gesichtsskoliose (Abb. 4).

Anschließend erfolgt die AK-Testung eines vom Oberkiefer ausgehenden Schädelfehlers, der dann ggf. durch manuelle Expansion des Oberkiefers in der Einatmungsphase für kurze Zeit ausgeschaltet werden kann (Abb. 5, 6).

Die eigentliche Testung des Universal Jaws erfolgt dann mittels Doppel-TL mit je zwei Fingern an den Kiefergelenken in Expiration. Bei positiver Testreaktion erfolgt anschließend ein manueller intraoraler Kompressionschallenge auf die Molarenkronen des Unterkiefers. Falls dieser Challenge die vorher positive Testreaktion aufhebt, ist die Diagnose eines Universal jaws gestellt (Abb. 7, 8).

Therapie

Beseitigen des Verblockungsstress, d.h. Lösen starrer prothetischer Zahnverbindungen, wie z.B. Durchtrennen mehrgliedriger Brücken oder verblockter Kronen ist die erste unverzichtbare Maßnahme, falls die verdächtige Verblockung durch Challenge eindeutig als Auslöser identifiziert werden kann. Anschließend wird über TL der Zähne die Okklusion überprüft und gegebenenfalls eingeschliffen oder adhäsiv aufgebaut.

Auch fehlender Eckzahnkontakt oder falsche okklusale Belastung einzelner Zähne oder Zahngruppen kann diese neurologische Fehlregulation auch ohne Zahnverblockung hervorrufen. Langfristig kann über eine alternative



Abb. 4:
Modifizierter
Meersseman-
Test



Abb. 5:
Drucklose TL
am Gaumen
(Sutura cruciata) zur Diagnose
eines vom
Oberkiefer ausgehenden
Schädelfehlers

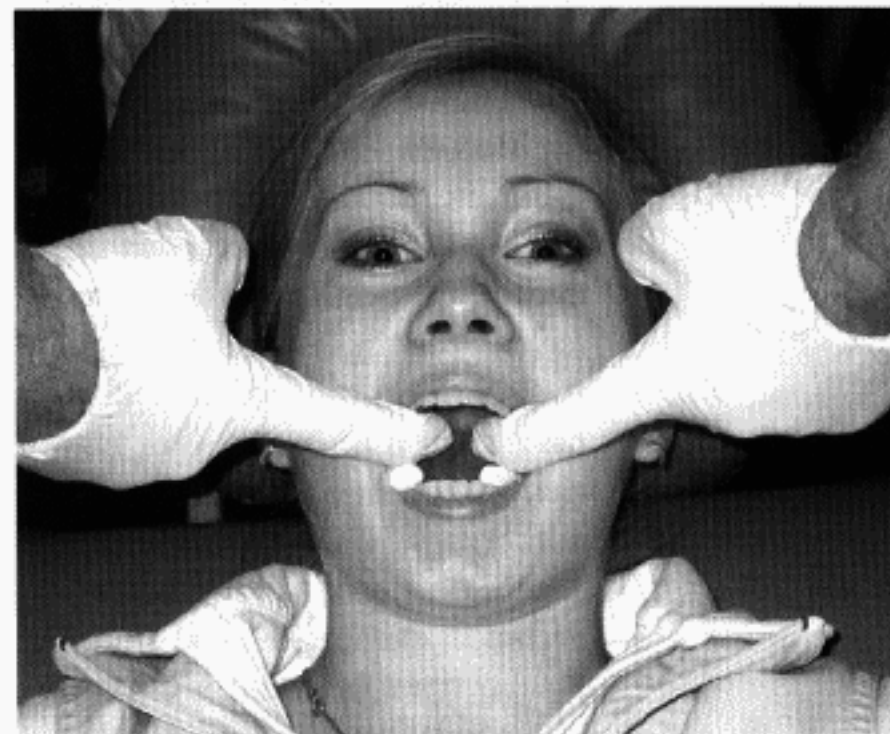


Abb. 6:
Manuelle Be-
handlung eines
Kompressions-
fehlers der
Sutura cruciata
in der Regel mit
sofortigem Wir-
kungseintritt,
aber nur kurz-
zeitiger
Wirkungsdauer

prothetische Versorgung mit Implantaten oder Brückenkonstruktionen mit Resilienzgeschieben eine bessere stabile Situation erzielt werden. In diesem Zusammenhang wird erkenn-

bar, dass zahlreiche kieferorthopädische Techniken der Änderung bedürfen. Dieses wichtige Thema ist jedoch nicht Gegenstand dieser Veröffentlichung. ➤



Abb. 7:
Doppel- TL bei
Universal jaw in
Expiration



Abb. 8:
Doppel- TL bei
Digestive Jaw
in Expiration

➤ Fallbeispiele

1. Patientin G.V. stellt sich wegen starker LWS- Beschwerden zur Beratung und Untersuchung in der Praxis vor. Intraoral befindet sich eine Brücke im rechten unteren Quadranten, die vom ersten Prämolaren bis zum zweiten Molaren reicht und vor kurzem erneuert wurde. Die klinische Untersuchung ergab unter anderem eine Cat II (SOT) mit funktioneller Beinlängendifferenz und Universal Jaw. Die Therapie mit der COPA (Cranio-mandibuläre Orthopädische Positionierungsapparatur) konnte diese Störung nicht ausgleichen. Erst nach Durchtrennen der Brücke im Unterkiefer waren sämtliche Probleme verschwunden.

2. Patientin M.W. stellt sich wegen Kiefergelenkbeschwerden, Rückenschmerzen und Taubheitsgefühl in den Beinen zur Beratung und Untersuchung in der Praxis vor. Intraoral befinden sich mehrere Einzelkronen sowie Brücken im rechten oberen und unteren Quadranten. Es wurde eine COPA eingesetzt, woraufhin sich die Beschwerden deutlich besserten. Während der Weiterbehandlung klagte die Patientin jedoch plötzlich über Taubheitsgefühle an der rechten Seite der Unterlippe, die sich im Laufe von zwei Monaten auch auf die rechte Hand, den rechten Unterarm sowie die Zehen des rechten Fußes ausweiteten. Eine umfangreiche neurologische Untersuchung, u.a. mit CT-, MRT-, EEG- Diagnostik er-

brachte nach einwöchigem stationärem Klinikaufenthalt kein Ergebnis. Nach Durchtrennen der Brücken verschwand das Taubheitsgefühl im Gesicht und an den Extremitäten innerhalb von Stunden. Nach einer zusätzlich durchgeführten Amalgamausleitung konnte die Patientin über weitere Beschwerdebesserung berichten. Nach erfolgreich beendeter kombiniert kieferchirurgisch – kieferorthopädischer Behandlung und Einsetzen eines geklebten starren Retainers im Unterkiefer an den Zähnen 33 - 43 traten erneut ähnliche Beschwerden auf. Diese Beschwerden konnten durch Neuraltherapie der Operationsnarbe im Oberkiefer, sowie durch das Entfernen der Retainer aufgehoben werden.

Aus der langjährigen Erfahrung mit dem Phänomen haben wir folgenden Symptomenkomplex gefunden, dessen Heilung in vielen, zum Teil spektakulären Fällen direkt auf die Beseitigung des ›Universal bzw. Digestive Jaw‹ zurückzuführen war:

- HWS- BWS- und LWS-Beschwerden unterschiedlichster Lokalisation, die therapieresistent auf manuelle Medizin oder zahnmedizinische Intervention reagierten.
- Parästhesien der Extremitäten, meist streng halbseitig, die durch neurologische Untersuchungen nicht oder nur durch psychische Faktoren erklärbar waren.
- Starkes Engegefühl im Brustkorb, das symptomatisch an Angina pectoris erinnert, jedoch kardiologisch nicht verifiziert werden konnte.
- Einige schmerzhaft Dysfunktionen der Kiefergelenke wurden erst unter Berücksichtigung des Universal/Digestive jaws erfolgreich behandelbar.

Zusammenfassung

Von den erforderlichen therapeutischen Konsequenzen zur Aufrechterhaltung der biodynamisch und neurologisch notwendigen Elastizität des Unterkiefers und der Bewe- ➤

L I T E R A T U R

1. Koriath TW; Hannam AG: Deformation of human mandible during simulated tooth clenching. J. Dent Res 1994 Jan;73(1) 56-66
2. Chen DC; Lai YL; Chi LY; Lee SY: Contributing factors of mandibular deformation during mouth opening. J Dent 2000 Nov;28(8):583-8
3. Bolt KJ; Orchardson R: Relationship between mouth-opening force and facial skeletal dimensions in human females. Arch Oral Biol 1986; 31(12): 789-93
4. Ferreri Carl: The Temporomandibular Joint. A new paradigm. AK-Journal: Nr. 9+10, 2001
5. Osborn JW: Orientation of the masseter muscle and the curve of Spee in relation to crushing forces on the molar teeth of primate. Am J Phys Anthropol (United States), Sep 1993, 92(1) p99-106
6. Ferrario VF, Sforza C, Poggio CE, et al.: Three-dimensional dental arch curvature in human adolescents and adult. Am J Orthod Dentofacial Orthop (United States), Apr 1999, 115(4) p401-5
7. Ludwig P: Funktionelle Kiefergelenkbelastung und Unterkieferdeformation. Habil.-schrift Erlangen 1976

➤ gungsfreiheit der Zähne im Unterkiefer ist die wissenschaftliche Zahnheilkunde (>evidence based medicine<) zur Zeit noch weit entfernt. Obwohl das CMS aufgrund seiner überwältigenden Menge an neuronalen Afferenzen den Gesamtorganis-

mus wie kein anderes Organ beeinflusst, sind Zahnärzte allgemeinmedizinisch wenig ausgebildet. Dieses ist umso folgenschwerer, da die Zahnheilkunde bei der Behandlung der Störungen des CMS die maßgebliche Kompetenz beansprucht.

Diese Syndrome sind nach meinem Kenntnisstand noch nicht in der Literatur beschrieben worden. Gängige AK-Tests oder Tests der manuellen Medizin führen nicht zu den hier beschriebenen Krankheitsursachen. Ich empfehle daher allen Klinikern beim Auftritt dieser Syndrome, besonders nach mäßigem Erfolg anderer Therapieformen, mutig die o. a. neue Therapie einzusetzen. Ich bin überzeugt, dass dieser neue solitäre Fehler und das Procedere der Untersuchung für alle Untersucher valide ist, vorausgesetzt der Test wird sauber durchgeführt. Versucht es noch heute, die beschriebenen Tests können ein sehr wertvoller neuer Baustein für die tägliche Praxis aller Mediziner werden.



Dr. Wilhelm Entrup, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
Georgstr. 46 D, D-30159 Hannover
Fax: 0049-(0)511-3649911
e-mail: balancede@aol.com
www.balance-entrup.de

Kommentar

Abschließender Kommentar zur Technik-Ecke aus MJAK 21

An dieser Stelle wurde die von Goodheart gefundene >Frontal Descent< Technik dargestellt. Die Redaktion hatte um Kommentar gebeten, da sich in dem ganzen Procedere eine Unklarheit bzw. Diskrepanz zur generellen Vorgehensweise von Schädel Fehlern, wie im Manuelle Medizin 2 Kurs gelehrt, darstellte.

Der entscheidende Punkt ist, dass – obwohl es sich um ein >abgesunkenes Frontale< (in kaudale Richtung) handelt – der gehaltene Challenge einen Indikatormuskel schwächt. Von unserem Grundverständnis her, sollte sich zumindest theoretisch bei einem gehaltenen Challenge in die richtige Richtung kein Indikatormuskel abschwächen lassen, eher sollte ein evtl. problemassoziierter Muskel dadurch gestärkt werden.

Wie lässt sich das erklären?

Das Konzept des dynamischen und des gehaltenen Challenge passt sehr gut zu den knöchernen Strukturen der Wir-

belsäule und des Beckens. Deswegen arbeiten wir gerade im Manuelle Medizin 1 Kurs genau mit diesen Challengearten. Im Bereich des Schädels ist die Interpretation eines positiven Challenge auf Grund der sowohl muskulären, wie der extracraniellen/fascialen und der intracraniellen/duralen Situation, zusammen mit evtl. schon länger bestehenden Adaptationsmustern, nicht so einfach und absolut logisch möglich.

In diesem speziellen Fall (des >Frontal Descent<) kann es durchaus sein, dass man durch den gehaltenen Challenge einen Zug auf den bei diesem Fehler zusätzlich verspannten lateralen Pterygoideus ausübt, was vom System dann als eine insgesamt Irritation verstanden wird und daraus ein positiver Challenge resultiert (ähnlich eines positiven Challenge durch weite Mundöffnung).

Deswegen ist die Behandlung dann auch 2schrittig:

1. die Behandlung des externen Pterygoideus und dann
2. die Behandlung des Os frontale in craniale Richtung.

Karl Kienle, Redaktion